

様式第1号（第3条関係）

令和 x 年 x 月 x 日

越前町長様

申請者 住所 越前町西田中13-5-1

申請者は、本人または親族の方です。
申請者宛てに認定書を送付しますので
ご注意ください。

氏名 越前 太郎

電話 0778-34-1234

対象者との続柄（ 長男 ）

障害者控除対象者認定申請書

次の者について、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の11に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

障害者控除認定対象者												
氏名	越前 花子					生年月日	明・大 <u>昭</u> x 年 x 月 x 日					
住所	〒 丹生郡越前町 <u>内郡13-19-3</u> ※住民票上の住所を記入してください。											
介護保険 被保険者番号	0	0	0	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	性別	男 ・ <u>女</u>

障害者控除対象者認定に当たっては、要介護認定調査票及び主治医意見書等を認定資料として閲覧し、使用することに同意します。

令和 x 年 x 月 x 日

同意書 住所 越前町西田中13-5-1

氏名 越前 太郎

「申請者」の
住所・氏名を記入してください。